

Вл.В. Подольський, В.В. Подольський, А.В. Дербак, О.П. Свята, І.В. Красюк

Сучасні можливості лікування папіломавірусної інфекції у вагітних

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.2(70):42-47; doi 10.15574/PP.2017.70.42

Мета — дослідити сучасні можливості лікування папіломавірусної інфекції у вагітних.

Пацієнти та методи. Обстежено 100 жінок із папіломавірусом людини. Визначено перебіг вагітності та пологів і стан мікробіоценозу уrogenітальних органів.

Результати. Наведено результати клінічного спостереження вагітних, інфікованих папіломавірусом людини. З'ясовано, що вагітність у таких жінок перебігає зі значною кількістю різних ускладнень і змінами в стані мікробіоценозу уrogenітальних органів, що потребує проведення лікувальних заходів. Для лікування папіломавірусу людини доцільно використовувати препарат інтерферону альфа-2b людини «ВИТАФЕРОН®» у терміні після 28 тижнів вагітності.

Висновки. У вагітних, інфікованих папіломавірусом людини, вагітність і пологи перебігають зі значною кількістю ускладнень. Наявність папіломавірусу людини у вагітних приводить до негативних змін мікробіоценозу. Доцільно обстежувати вагітних жінок, що мали в анамнезі запальні захворювання статевих органів, невиношування вагітності та інші ускладнення репродуктивного здоров'я на наявність папіломавірусу людини. У разі виявлення папіломавірусу людини під час вагітності доцільно використовувати з лікувальною метою препарат інтерферону альфа-2b людини у терміні після 28 тижнів вагітності.

Ключові слова: вагітні, папіломавірус людини, мікробіоценоз уrogenітальних органів, лікування.

Modern options of the human papillomavirus infection treatment in pregnant women

Vi. V. Podolskyi, V. V. Podolskyi, A. V. Derbak, O. P. Svyata, I. V. Krasuk

SI «Institute of Paediatrics, Obstetrics and Gynecology of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Purpose « to investigate the modern options of the human papillomavirus infection treatment in pregnant women.

Materials and methods. A total of 100 women with diagnosed human papillomavirus were examined. The gestation course and delivery, and status of urogenital microbiota were determined.

Results. The results of clinical observation of pregnant women infected with human papillomavirus are showed in the article. It was found that pregnancy in such women was accompanied by a large number of different complications and changes in the state of urogenital microbiota, which was needed to be treated. For the treatment of human papillomavirus is recommended the human interferon alfa-2b «VITAFERON®» after 28 weeks of gestation.

Conclusions. In pregnant women infected with human papillomavirus, the pregnancy and childbirth are associated with significant number of complications. The human papillomavirus during the pregnancy causes negative impact on microbiota. It is recommended investigating the human papillomavirus in the pregnant women who had a history of inflammatory diseases of the genital organs, miscarriage and other reproductive health complications. While detected human papillomavirus across pregnancy, human interferon alfa-2b should be used for therapeutic purposes after 28 weeks of gestation.

Key words: pregnant, human papillomavirus, urogenital microbiota, treatment.

Современные возможности лечения папилломавирусной инфекции у беременных

Вл.В. Подольский, В.В. Подольский, А.В. Дербак, О.П. Святая, И.В. Красюк

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Цель — исследовать современные возможности лечения папилломавирусной инфекции у беременных.

Пациенты и методы. Обследованы 100 женщин с папилломавирусом человека. Определены течение беременности и родов и состояние микробиоценоза уrogenітальных органов.

Результаты. Приведены результаты клинического наблюдения беременных, инфицированных папилломавирусом человека. Выяснено, что беременность у таких женщин протекает со значительным количеством различных осложнений и изменений в состоянии микробиоценоза уrogenітальных органов, что требует проведения лечебных мероприятий. Для лечения папилломавируса человека целесообразно использовать препарат интерферона альфа-2b человека «ВИТАФЕРОН®» в сроке после 28 недель беременности.

Выводы. У беременных, инфицированных папилломавирусом человека, беременность и роды протекают со значительным количеством осложнений. Наличие папилломавируса человека у беременных способствует негативным изменениям микробиоценоза. Целесообразно обследовать беременных женщин, имевших в анамнезе воспалительные заболевания половых органов, невынашивание беременности и другие осложнения репродуктивного здоровья на наличие папилломавируса человека. В случае выявления папилломавируса человека во время беременности целесообразно использовать с лечебной целью препарат интерферона альфа-2b человека в сроке после 28 недель беременности.

Ключевые слова: беременные, папилломавирус человека, микробиоценоз уrogenітальных органов, лечение.

Вступ

Сучасні дослідження провідних вчених України [1, 6, 9, 11, 12, 16, 19], проведені в попередні роки, показали, що стан репродуктивного здоров'я населення України викликає особливе занепокоєння, оскільки не тільки не відповідає міжнародним показникам, але, особливо в останнє десятиріччя, зазнає впливу різноманітних негативних чинників, які спричиняють зростання рівня жіночої захворюваності.

Серед факторів ризику, які найбільше впливають [6, 12, 18, 21, 22] на порушення репродуктивного здоров'я в жінок фертильного віку, слід відзначити різноманітні мікроби, віруси та їх асоціації, що стають причиною запальних захворювань органів малого тазу.

В Україні запальні захворювання виникають у 30–35% жінок репродуктивного віку. Неабияка роль відводиться саме вірусу папіломи людини (ВПЛ) у зв'язку з різким зростанням

рівня інфікованості населення цим збудником, значною його контагіозністю і здатністю викликати злоякісну трансформацію уражених органів [2, 7, 13, 15, 24, 27, 29].

Важливість проблеми полягає в тому, що вірусні генітальні інфекції в жінок репродуктивного віку становлять серйозну медико-соціальну проблему, оскільки різко зріс рівень інфікованості населення саме молодого репродуктивного віку, що є однією з причин скорочення репродуктивного потенціалу нації. На сьогоднішній день отримані переконливі докази того, що ВПЛ приводить до злоякісної трансформації, що включає генітальний рак, у тому числі рак шийки матки [3, 8, 10, 17, 20, 25].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в економічно розвинутих країнах за останні 10 років відмічається зростання дисплазій та помолодшання раку шийки матки, у тому числі у вагітних, а рівень захворюваності серед молодих жінок зріс удвічі.

У світі щорічно реєструється близько 500 тис. випадків раку шийки матки, кожний другий закінчується смертю пацієнтки протягом першого року після встановлення діагнозу [4, 5, 14, 23, 26, 28]. Частота виявлення раку шийки матки при вагітності коливається від 1:2000 до 1:5000. Інфікування ППВЛ під час вагітності може викликати більш виражені зміни в органах репродуктивної системи жінки, оскільки ці зміни відбуваються на тлі природного зниження імунітету. Активізація папілома вірусної інфекції (ПВІ) під час вагітності може бути причиною утробного інфікування плода та підґрунтям для розвитку інших ускладнень вагітності. Саме тому дослідження сучасних можливостей лікування ПВІ у вагітних є актуальним.

Мета роботи — дослідити сучасні можливості лікування ПВІ у вагітних.

Матеріали та методи дослідження

Для порівняння перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду в 100 жінок, інфікованих ППВЛ, проводилося вивчення особливостей перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у 100 здорових жінок. Середній вік обстежених жінок становив 20–25 років.

ВПЛ виявлявся методом полімеразно-ланцюгової реакції. Вивчення мікробіоцинозу статевих органів включало визначення видового та кількісного складу мікрофлори відповідно до наказу МОЗ України № 234.

За клінічними проявами ПВІ серед обстежених, клінічні форми діагностувалися у 40 вагіт-

них, субклінічні форми — у 25 вагітних, латентні форми — у 35.

В обстежених жінок виявлявся високоонкогенний тип ППВЛ у 88 випадках (жінки 1-ї групи), з них 67 жінок обстежені до та під час вагітності; 21 — обстежені під час вагітності.

Низькоонкогенний тип ВПЛ відмічався у 12 жінок (жінки 2-ї групи), з них 7 жінок обстежені до та під час вагітності; 5 — тільки під час вагітності.

Для лікування ПВІ у вагітних використовувався імунобіологічний препарат «ВІТАФЕРОН®», який є інтерфероном альфа-2b людини, реконбінантним. Цей препарат має виражені протівірусні, протимікробні та імуномодулюючі властивості. Під його впливом в організмі посилюється активність природних кілерів, Т-лімфоцитів, а також інтенсивність диференціювання В-лімфоцитів. Цей інтерферон регулює продукцію медіаторів запалення, стимулює фагоцитоз та інші реакції бактерицидності, нормалізує динаміку запального процесу. Інтерферон альфа-2b людини інгібує реклінацію і транскрипцію вірусів, впливає на основні етапи реклінації внутрішньоклітинних збудників, припиняє їх розмноження. Комплексний склад препарату «ВІТАФЕРОН®» обумовлює ряд додаткових ефектів, зокрема, вміст аскорбінової кислоти підвищує антивірусну активність, інтерферон альфа-2b людини підсилює його імуномодулюючу дію на Т- і В-лімфоцити, нормалізує вміст імуноглобуліну Е, відновлює функціонування ендогенної системи інтерферону. Препарат використовувався у вигляді ректальних супозиторіїв 1 раз на добу, протягом 10 днів у терміні вагітності після 28 тижнів.

Лікування отримували 67% жінок (з високоонкогенним типом ППВЛ, що мали клінічні, субклінічні та латентні форми) на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності, 21% жінок — під час вагітності (з високоонкогенним типом ППВЛ, що мали клінічні, та субклінічні, форми), 5% жінок (з низькоонкогенним типом ВПЛ, що мали субклінічні форми), а 7% (з низькоонкогенним типом ВПЛ, що мали латентні форми) не отримували лікування. У 14% жінок, які на етапі прегравідарної підготовки отримували лікування, проводилася лікувально-діагностична конізація або ексцизія шийки матки з приводу клінічних та субклінічних форм ПВІ. Інші отримували консервативне лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

Важливість проблеми впливу ПВІ на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періодів

полягає у тому, що у вагітних збільшується частота різноманітних ускладнень. Негативний вплив ВПЛ на репродуктивну функцію жінки виявляється у порушенні імплантації заплідненої яйцеклітини, ураженні трофобласту, внаслідок чого виникають спонтанні аборти (в абортівних тканинах вірус папіломи людини виявляють у 60%). Серед акушерських проблем – ускладнений перебіг вагітності, обструктивні та геморагічні ускладнення під час пологів. Серед перинатальних проблем – внутрішньоутробне інфікування, порушення розвитку нервової трубки у плода, папіломатоз гортані (за наявності в статевих шляхах жінок 6, 11, 42, 43, 44-го типів ПVL).

Підвищена чутливість епітелію шийки матки до ПVL під час вагітності пов'язана і з гормональною перебудовою, впливом естрогенів та прогестерону, які збільшують експресію ВПЛ, особливо 16-го типу в цервікальному епітелії, а також з особливостями імунного гомеостазу при вагітності.

ПВІ при лабораторному обстеженні вагітних жінок виявляється в 10 разів частіше, ніж у невагітних. Пояснити це можна тим, що під час вагітності стають явними приховані або патологічні процеси з латентним перебігом, які, своєю чергою, ускладнюють гестаційний процес. Багато жінок вже до вагітності інфіковані ВПЛ, а деякі мають цервікальні інтраепітелі-

альні неоплазії шийки матки різного ступеня тяжкості, зумовлені цим вірусом.

Частим порушенням репродуктивного здоров'я в жінок із ПВІ є невиношування вагітності. Невиношування вагітності в анамнезі обстежених жінок відмічалось у 1-й групі у 22,7%, у 2-й групі – 16,6% (табл. 1).

Так, загроза переривання вагітності у I триместрі в жінок 1-ї групи становила 11 (12,5%), 2-ї групи – 1 (8,3%), загроза переривання вагітності у II триместрі – відповідно 7 (7,95%) та 1 (8,3%), мимовільні викидні – 9 (10,2%) та 1 (8,3%), загроза передчасних пологів – 19 (21,5%) та 1 (8,3%), а передчасні пологи спостерігалися тільки в жінок 1-ї групи, що становило 5 (5,68%).

При проведенні опитуванні вагітних, інфікованих ПVL, виявлено, що жодних скарг не мали 30% жінок. Найчастішими скаргами були рясні виділення із піхви – 50%, свербіж та печія – 45%, відчуття дискомфорту у статевих органах – 45%, явища дизурії – 10%.

При проведенні проспективного обстеження як під час вагітності, так і у післяпологовому періоді відмічались клінічні, субклінічні та латентні форми ПВІ. Клінічні форми ПВІ зустрічались у 40% жінок, серед яких гострокінцева кондилома шкіри та слизових оболонок спостерігалася у 72,5%, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія шийки матки легкого ступеня зустрічалася у 15%, середнього ступеня тяжкості – у 7,5%, а важкого ступеня – у 5%. Субклінічні форми виявлялися у 25% жінок і проявлялися у них плоскими кондиломами шийки матки у 80% випадків та кондиломатозним цервіцитом у 20%. Латентні форми ПВІ діагностувалися у 35% жінок.

У жінок, інфікованих ПVL, спостерігалися різні ускладнення вагітності, значне місце серед яких посідала загроза переривання вагітності – 20%. Значний відсоток мимовільних викиднів (10%) і загрози передчасних пологів (20%) свідчить про можливість розвитку невиношування вагітності в жінок, інфікованих ПVL. У 20% жінок, інфікованих ПVL, відмічалось порушення плодово-плацентарної гемодинаміки. Частота гестозів I та II половини вагітності в групі жінок із ПВІ та здорових не мала суттєвих відмінностей.

Погіршення стану вагітних у зв'язку із загостренням захворювання, а також серйозні ускладнення вагітності не могли не позначитися на стані внутрішньоутробного плода. За отриманими даними, порушення плодово-плацентарної гемодинаміки діагностувалися

Таблиця 1

**Структура клінічних проявів
невиношуваності вагітності у жінок,
інфікованих папіломавірусом людини**

Причина невиношування вагітності	Жінки, інфіковані ВПЛ					
	високо-онкогенного ризику (n=88)		низько-онкогенного ризику (n=12)		разом (усі інфіковані)	
	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %
Загроза переривання у I половині вагітності	11	12,5±3,5	1	8,3±8,0	12	12,0±3,2
Загроза переривання у II половині вагітності	7	8,0±2,9	1	8,3±8,0	8	8,0±2,7
Мимовільні викидні	9	10,2±3,2	1	8,3±8,0	10	10,0±3,0
Загроза передчасних пологів	19	21,6±4,4	1	8,3±8,0	20	20,0±3,0
Передчасні пологи	5	5,7±2,5	–	–	5	5,0±2,2

у 20%, що підтверджено ультразвуковим обстеженням фетоплацентарного комплексу у вагітних, інфікованих ПВЛ.

Інфіковані ПВЛ жінки мали більше ускладнень під час пологів, ніж здорові. Практично усі види ускладнень у цих вагітних спостерігалися в декілька разів частіше, ніж у групі неінфікованих. Особливо зростав відсоток оперативних втручань (30% проти 7% у здорових жінок). Несвоєчасне відходження навколоплідних вод у жінок, інфікованих ПВЛ, спостерігалося у 20% проти 9% у здорових жінок. Дистрес плода, як наслідок порушення плодово-плацентарної гемодинаміки під час вагітності та пологів, відмічався у 20% випадків проти 4% у здорових жінок.

При субклінічній формі ПВІ частіше спостерігалося несвоєчасне відходження навколоплідних вод, ніж у жінок із клінічною та латентною формами. У цих жінок значно збільшувалася кількість оперативних втручань, які становили 16% при субклінічній формі проти 10% при клінічній формі та 2,9% при латентній формі. Дистрес плода при клінічній формі ПВІ складав 10%, при субклінічній — 4%, при латентній формі — 2,9%. Таку частоту ускладнень вагітності можна пояснити тим, що більшість жінок із клінічними формами ПВІ проходили відповідну прегравідарну підготовку, а при субклінічних формах жінки менше звер-

талися по медичну допомогу на етапі підготовки до вагітності, оскільки скарги з'являлися переважно під час вагітності.

У жінок, інфікованих ВПЛ, значно частіше доводилося застосовувати кесарів розтин, ручне відділення плаценти та інструментальну ревізію порожнини матки. Слід відмітити, що значна частина жінок, яким необхідно було застосовувати хірургічні методи розродження, під час пологів мали часте загострення хронічних запальних процесів геніталій до настання вагітності.

Отже, нами підтверджено, що при ПВІ можуть виникати різні ускладнення під час вагітності та пологів.

Це вказує на необхідність проводити діагностично-лікувальні заходи для жінок, інфікованих ПВЛ, під час вагітності, що зможе попередити ряд ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду в даній групі жінок.

При аналізі мікробіоценозу урогенітальних органів під час вагітності в жінок, інфікованих ПВЛ, відмічались зміни його показників. У жінок 1-ї групи, інфікованих високоонкогенним ПВЛ, ізольоване інфікування не виявлялося в жодному випадку (табл. 2).

Отримані результати показали, що ПВІ високоонкогенних типів частіше зустрічалися в жінок, які страждають на часті запальні захворювання органів малого тазу. У жінок цієї

Таблиця 2

Стан мікробіоценозу урогенітальних органів під час вагітності у жінок, інфікованих папіломавірусом людини

Вид мікро-організмів	Рівень локалізації інфекції											
	при високоонкогенному типі ВПЛ						при низькоонкогенному типі ВПЛ					
	вагіна		цервікальний канал/шийка матки		уретра		вагіна		цервікальний канал/шийка матки		уретра	
	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %
Стафілокок золотист.	12	13,6±3,7	10	11,4±3,4	—	—	—	—	—	—	—	—
Стафілокок гемоліз.	18	20,5±4,3	16	18,2±4,1	6	6,8±2,7	7	8,0±2,9	4	4,5±2,2	—	—
Стафілокок епідерм.	10	11,4±3,4	12	13,6±3,7	3	3,4±1,9	—	—	—	—	—	—
Диплокок	4	4,5±2,2	6	6,8±2,7	1	1,1±1,1	—	—	—	—	—	—
Стрептокок	16	18,2±4,1	17	19,3±4,2	4	4,5±2,2	4	4,5±2,2	1	1,1±1,1	—	—
Кишкова паличка	8	9,1±3,1	6	6,8±2,7	—	—	—	—	—	—	—	—
Фузиформні бактерії	6	6,8±2,7	4	4,5±2,2	1	1,1±1,1	—	—	—	—	—	—
Коринібактерії	2	2,3±1,6	1	1,1±1,1	—	—	—	—	—	—	—	—
Трихомонади	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Хламідії	2	2,3±1,6	2	2,3±1,6	—	—	—	—	—	—	—	—
Уреаплазма	10	11,4±3,4	10	11,4±3,4	7	8,0±2,9	1	1,1±1,1	1	1,1±1,1	—	—
Гарднерели	9	10,2±3,2	2	2,3±1,6	1	1,1±1,1	—	—	—	—	—	—
Дріжджеподібні	38	43,2±5,3	30	34,1±5,1	5	5,7±2,5	10	11,4±3,4	8	9,1±3,1	—	—

групи в мікробіоценозі переважали дріжджі — 43,2%, гемолітичний стафілокок — 20,5%, стрептокок — 19,3%, гарднерели — 10,2%. Відомо, що саме наявність гарднерел і дріжджів у мікробному спектрі піхвових біотопів є показником зниженого місцевого імунітету, що і приводить до персистенції та інтеграції в ушкоджені клітини ПВІ.

Слід відмітити, що у 2-й групі ступінь обсіменіння статевих органів був менш значним, ніж у жінок 1-ї групи.

При вивченні мікробіоценозу в жінок 2-ї групи, інфікованих ПВЛ низькоонкогенного ризику, виявлено, що серед збудників переважала *Candida albicans* (11,4%), гемолітичний стафілокок (8,0%) і стрептокок (4,5%).

Після проведеного лікування відмічалось значне поліпшення показників мікробіоценозу у всіх обстежених жінок. Так, у жінок, інфікованих низькоонкогенним ПВЛ, після проведеного лікування представники патогенної флори, які зумовлюють запальні захворювання, не визначалися, крім *Candida albicans*, що виявлялася у 1,13%. У жінок, інфікованих високоонкогенним ПВЛ, після проведеного лікування також відмічалось покращення показників мікробіоценозу, але в поодиноких випадках зустрічали-

ся гемолітичний стафілокок, золотистий стафілокок, хламідії та дріжджі. Це можна пояснити стійкістю збудника до проведеного лікування у зв'язку з неодноразовим лікуванням хронічних запальних захворювань органів малого тазу та зниженою імунною відповіддю, супресованою високоонкогенним ПВЛ.

Аналіз результатів впливу лікування ПВІ на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду в обстежених жінок показав зменшення частоти можливих ускладнень.

Висновки

У вагітних інфікованих ПВЛ вагітність і пологи перебігають зі значною кількістю ускладнень.

Наявність ПВЛ у вагітних сприяє негативним змінам мікробіоценозу.

Доцільно обстежувати вагітних жінок, що мають в анамнезі запальні захворювання статевих органів, невиношування вагітності та інші ускладнення репродуктивного здоров'я, на наявність ПВЛ.

У разі виявлення ПВЛ під час вагітності доцільно використовувати з лікувальною метою препарат інтерферону альфа-2b людини у терміні після 28 тижнів вагітності.

ЛІТЕРАТУРА

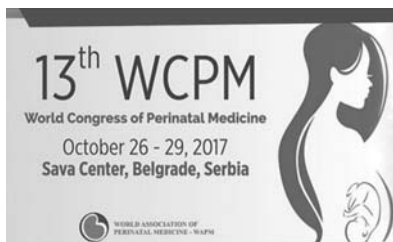
1. Антипкін Ю.Г. Наукові та практичні аспекти збереження репродуктивного здоров'я жінок / Ю.Г. Антипкін, В.В. Подольський // Актуальні питання підтримки репродуктивного здоров'я населення м. Києва: матеріали науково-практичної конференції, м. Київ, 4 грудня 2006 р. — Київ, 2006. — С. 7—8.
2. Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин / И.А. Аполихина. — Москва: ГЭОТАР-медиа, 2002. — 112 с.
3. Биткина О. А. Заболевания, вызываемые вирусом папилломы человека: учебное пособие для студентов и врачей / О.А. Биткина, Р.Д. Овсяникова. — Москва: Медицинская книга, 2004. — С. 40.
4. Волошина Н.Н. Факторы повышения эффективности скрининга рака шейки матки / Н.Н. Волошина, Т. Кузнецова, Л. Елизарова // Цитологический скрининг рака шейки матки: Материалы научно-практической конференции, г. Киев, 25—26 сентября 2007 г. — Киев, 2007. — С. 6—8.
5. Волошина Н.Н. Цервикальные интраэпителиальные неоплазии (диагностика, лечение и профилактика) / Н.Н. Волошина. — Запорожье, 2007. — С. 1—36.
6. Дудіна О.О. Деякі характеристики репродуктивного здоров'я жінок в Україні / О.О. Дудіна, Г.Я. Пархоменко, Ю.Ю. Габорець // Здоровье женщины. — 2011. — № 7 (63). — С. 146—151.
7. Золотоверхая Е. А. Распространенность онкогенных типов вируса папилломы человека у женщин с патологией шейки / Е.А. Золотоверхая, Е.В. Шипицына, Е.С. Юшманова // Профилактика шейки матки: взгляд в будущее: материалы Международной научно-практической конференции, г. Москва, 31 марта — 3 апреля 2008 г. — Москва, 2008. — С. 50—51.
8. Киселев В.И. Роль метаболитов эстрогенов в канцерогенезе репродуктивных органов. / В.И. Киселев, Е.Л. Муйжнек // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии: материалы Конгресса, г. Москва, 27—31 марта 2006 р. — Москва : Медпресс-информ, 2007. — С. 104—115.
9. Коломацкая Е.В. Планирование семьи и репродуктивное здоровье населения: указ. рек. лит. (1999—2002 гг.) / Е.В. Коломацкая. — Донецк, 2002. — 10 с.
10. Коломиец Л.А. Генитальная папилломавирусная инфекция и рак шейки матки / Л.А. Коломиец, Л.Н. Уразова. — Томск: Изд-во НТЛ, 2002. — 100 с.
11. Подистов Ю.И. Современные диагностические возможности в определении предрака и рака шейки матки (обзор литературы) / Ю.И. Подистов, К.П. Лактионов, Н.Н. Петровичев // Цитология. — 2003. — №3. — С. 15—24.
12. Подольский В.В. Репродуктивное здоровье женщины — важнейшая проблема современности / В.В. Подольский // Здоровье женщины. — 2003. — № 1 (13). — С. 100—102.
13. Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: пособие для врачей / под ред. проф. В.Н. Прилепской. — Москва : МЕДпресс-информ, 2007. — С. 241—260.
14. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки / В.Н. Прилепская // Руководство для врачей. — Москва: МЕДпресс-информ, 2007. — 54 с.
15. Прилепская В.Н. Профилактика рака шейки матки. Методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии. Клиническая гинеко-

- логия. Избранные лекции / под ред. проф. В.Н. Прилепской. — Москва: МЕДпресс-информ, 2007. — С. 128—137.
16. Про необхідність проведення прогнозування порушень репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку — мешканок сільськогосподарського регіону / В.В. Подольский, В.Л. Дронова, В.В. Тетерін [та ін.] // Репродуктивное здоровье женщины. — 2007. — № 1 (30). — С. 180—182.
 17. Роль опухоль-ассоциированных типов папилломавирусной инфекции гениталий в генезе фоновых заболеваний экзоцервикса, дисплазии и преинвазивного рака шейки матки / С.Я. Максимов, А.М.Савичева, М. А. Башмакова [и др.] // Вопросы онкологии. — 1999. — Т. 45, № 6. — С. 267—269.
 18. Стешенко В. Некоторые аспекты демографической ситуации в Украине: репродуктивное здоровье и планирование семьи / В. Стешенко // Психологічні проблеми збереження репродуктивного здоров'я: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 1—2 грудня 2005 р. — Київ, 2005. — 395 с.
 19. Толстанов О.К. Репродуктивное здоров'я і сьогодення / О.К.Толстанов // Главный врач. — 2008. — № 11. — С. 84—85.
 20. Шипицына Е.В. Папилломавирусная инфекция: факторы риска цервикальной неопластической прогрессии / Е.В.Шипицына // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — Т. L, № 3. — С. 34—41.
 21. Яковлева Э.Б. Основы репродуктивной медицины. Влияние соц. факторов и вредных привычек на репродуктивное здоровье : практическое руководство / Э.Б. Яковлева. — Донецк, 2001.
 22. A guide to essential practice [Electronic resource] / World Health Organization, Comprehensive Cervical Cancer Control. — Geneva: WHO, 2006. — Access mode : http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/text.pdf. — Title from screen.
 23. Bender R. Assesment of excess mortality in obesity / R. Bender, Ch. Trautner, M. Berger // Am. J. Epidemiol. — 1998. — Vol. 147 (1). — P. 42—48.
 24. Bosch A. Epidemiology of HPV and associated neoplasia / A. Bosch // Book of abstracts, HPV conference, Hannover, 2005, June 2—5. — Hannover, 2005.
 25. Burd E. Human papillomavirus and cervical cancer / E. Burd // Clin. Mikrobiol. Rev. — 2003. — Vol. 16. — P. 1—17.
 26. Eckardt C.T. Ein Fall von Cervixcarcinom bei einer neunzehnjährigen Jungfrau / C.T. Eckardt // Arch. Gynecol. Obstet. — 1887/ — Vol. 30. — P. 471—478. — doi:10.1007/BF01976292.
 27. Human papillomavirus infection in men attending a sexually transmitted disease clinic / S. B. Baldwin, D. R. Wallace, M.R. Papenfuss [et al.] // Journal of Infectious Diseases. — 2003. — Vol. 187 (7). — P. 1064—1070.
 28. Human papillomavirus types by age in cervical cancer precursors: predominance of human papillomavirus 16 in young women / C. Porras, A.C. Rodriguez, A. Hildesheim [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. — 2009. — Vol. 18, № 3. — P. 863—865.
 29. Zur Hauzen Harald. HPV reserch: The forward looking views of nobel prize laureate / Harald Zur Hausen // Newsletter on Human Papillomavirus. 2009. — May, № 18. — P. 16.

Сведения об авторах:

Подольский В.В. — к.мед.н., руководитель научной группы, ст.н.с., зав. отделения проблем здоровья женщинбы фертильного возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-80-67.
Подольский В.В. — д.мед.н., проф., руководитель отделения проблем здоровья женщинбы фертильного возраста ГУ «ИПАГ НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8; тел. (044) 483-80-67.
Дербак Алена Васильевна — к.мед.н., врач акушер-гинеколог Межигорской районной больницы, п.г.т. Межигорье, ул. Воссоединения 4.
Святая Ольга Павловна — зав. женской консультации, врач акушер-гинеколог. Адрес: Одесская обл., г. Черноморск, ул. К.Маркса, 6.
Красюк И.В. — студентка Одесского национального медицинского университета. Адрес: г. Одесса, ул. Валиховский пер., 2.
 Статья поступила в редакцию 12.02.2017 г.

НОВОСТИ



Dear colleagues and friends,

It is an honor and pleasure to welcome you to the 13th World Congress of Perinatal Medicine, which will be held on October 26–29, 2017 in Belgrade, Serbia.

The city of Belgrade provided full support and hospitality to host WCPM 2017. The Congress will be held from October 26–29 2017 in Sava Center, Belgrade, Serbia. Lying in the heart of Europe, Belgrade and Serbia, open to all European nations due to its very liberal visa policy, is directly connected to over 60 major destinations all over continent. WAPM Congress will be hosted in the Sava Center, one of the largest congress center in southeast Europe.

The Congress will put together professionals in all areas of perinatal, neonatal, obstetrics, pediatric, perinatal pathology, pediatric surgery, pediatric cardiology, and genetics from all around the world.

The World Congress of Perinatal Medicine will be an incredible opportunity to learn, to participate and to network with those who are at the forefront of our field. The scientific program will provide you with the most advance knowledge in perinatal medicine. With your help and highly valuable contribution, I am sure that the general quality of the discussions will increase tremendously.

On behalf of the Organizing Committee we are looking forward to welcome you to Belgrade.

Prof. dr Aleksandar Ljubic
President of 13th WCPM

Prof. dr Milan Stanojevic
President of WAPM
Co-president of 13th WCPM

More information: <http://www.wcpm2017.com/>